

Якщо Вам потрібна допомога для того, щоб прочитати цей документ,
зверніться, будь ласка, до секретаря.

П. Як я можу подати заяву на отримання пільг?

В. Це дуже просто – достатньо лише заповнити бланк заяви. Якщо під час його заповнення Вам знадобиться допомога, поставте позначку у квадратик на другій сторінці даного бланку заяви. Від дати її подачі залежить, як скоро Ви почнете отримувати пільги. Якщо Ви подаєте заяву від імені іншої особи, вкажіть у відповідних графах інформацію, що стосується вказаної особи. **Щоб почати процедуру розгляду заяви, нам, щонайменше, потрібне Ваше ім'я, адреса та підпис на другій сторінці бланку, а для її завершення – інформація сторінок 2 і 3. Якщо у Вас немає адреси, то під час подачі заяви просимо повідомити секретаря, як з Вами можна зв'язатися.** Свою заяву Ви можете віддати секретарю або відіслати по пошті до місцевого Відділу громадських послуг (Community Services Office, CSO). Для отримання довгострокової медичної допомоги відішліть бланк заяви до місцевого Відділу домашніх та громадських послуг (Home and Community Services Office). Якщо Ви звертаєтесь лише по отримання пільг на медичну допомогу, то проходити співбесіду Вам не потрібно.

П. Що робити, якщо продовольча допомога потрібна мені терміново?

В. Вишіть відповіді на питання з 1 по 14 і відразу подайте заяву секретарю. Якщо ви знаходитесь не в місцевому відділі, то відправте заяву поштою чи віднесіть її в місцевий відділ.

Продовольчу допомогу Ви можете отримати протягом 5 (п'яти) днів після надходження Вашої заяви за умови, що:

- Вами буде пред'явлений документ, який посвідчує Вашу особу; та
- Ваша родина має дуже низькі прибутки чи заощадження; **або**
- Прибутків і заощаджень Вашої родини недостатньо для оплати узятих разом щомісячної оренди житла та комунальних послуг; **або**
- До складу Вашої родини входить нужденний мігруючий або сезонний робітник, що працює у сільському господарстві.

П. Коли я почну отримувати пільги?

В. Якщо Ви маєте право на отримання грошової допомоги, то користуватися своїми пільгами Ви почнете з того дня, коли ми отримаємо усю інформацію, яка необхідна для визначення Вашого права щодо надання пільг. Якщо у Вас є право на отримання продовольчої допомоги, то її розміри, як правило, будуть залежати від дати отримання нами Вашої заяви. Для пільг на медичну допомогу дата початку їх надання залежить від категорії програми, на участь у якій Ви отримаєте право, а також від дати надходження заяви. При цьому Ви можете попросити допомогу на оплату деяких рахунків за вже отримане медичне обслуговування.

Важлива інформація щодо еміграційного статусу та номерів карток соціального забезпечення

- Ви можете звернутися з заявою про надання пільг частині Вашої родини, навіть якщо деякі з її членів через свій еміграційний статус не можуть мати права на їх отримання. У штаті Вашингтон є деякі програми з надання медичної допомоги людям, що не мають номерів карток соціального забезпечення (Social Security Numbers, SSN) або документів, що засвідчують їх імміграційний статус.
- Якщо Вам потрібна грошова або продовольча допомога, то номери карток соціального забезпечення та документи, що засвідчують імміграційний статус, потрібні лише для тих, хто звертається по цю допомогу. Але Ви можете надати номер своєї картки соціального забезпечення за власним бажанням. У цьому випадку він буде використаний нами лише для перевірки інформації, що необхідна під час визначення Ваших прав на отримання пільг, – наприклад, інформації про розміри прибутків. Однак, незалежно від Вашого бажання щодо надання цієї інформації, розміри Ваших прибутків та заощаджень мають бути перевірені з метою визначення прав на отримання допомоги.



Грошова допомога



Продовольча допомога



Медична допомога



Загальна допомога
для непрацездатних



Догляд та послуги
медичної сестри на дому

В усіх своїх програмах та діяльності Міністерство сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) забороняє будь-яку дискримінацію по расовому, кольору шкіри, статевому, національному або політичному мотивам. Особам з фізичними вадами, що потребують альтернативних способів спілкування та отримання інформації стосовно програм (брайлевський друк, великий шрифт, аудіоплівка, та ін.), слід звернутися до центру TARGET Міністерства сільського господарства США за телефоном: (202) 720-2600 (голосовий та TDD-зв'язок). Скарги стосовно дискримінації прохання направляти за адресою: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410, або по телефону, за номером: (202) 720-5964 (голосовий та TDD-зв'язок).

Міністерство сільського господарства США надає усім особам рівні можливості.



БЛАНК ЗАЯВИ НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ

Якщо під час заповнення цього бланку Вам знадобиться допомога, будь ласка, поставте позначку у цьому квадратику і подайте бланк заяви секретарю.

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

1. ІМ'Я СЕРЕДНЄ ІМ'Я (ПЕРША ЛІТЕРА) ПРІЗВИЩЕ ПІДПИС (ОБОВ'ЯЗКОВО)	2. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА (ЯКЩО ВІДОМИЙ)
3. НАЗВА ВУЛИЦІ, ДЕ ВИ МЕШКАЄТЕ МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	4. НОМЕР ДОМАШНЬОГО АБО КОНТАКТНОГО ТЕЛЕФОНУ
5. ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ) МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	6. НОМЕР РОБОЧОГО ТЕЛЕФОНУ
<p>9. Я подаю заяву на отримання (позначте потрібне):</p> <input type="checkbox"/> Грошей <input type="checkbox"/> Догляду у будинку престарілих <input type="checkbox"/> Інше (будь ласка, перелічіть): <input type="checkbox"/> Продовольства <input type="checkbox"/> Лікування від алкогольної та наркотичної залежності _____ <input type="checkbox"/> Медичної допомоги <input type="checkbox"/> Послуг програми COPES (допомога в установі з проживанням чи допомога вдома) _____	7. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ
10. Скільки грошей ваша родина очікує одержати в цьому місяці: \$ _____	8. НОМЕР СОТОВОГО ТЕЛЕФОНУ
11. Скільки у вашої родини готівки та грошей на банківських рахунках: \$ _____	
12. Скільки грошей ваша родина платить за оренду житла чи по заставній: \$ _____	
13. За які комунальні послуги платить ваша родина: <input type="checkbox"/> опалення / кондиціонування <input type="checkbox"/> телефон <input type="checkbox"/> інше: _____	
14. Чи є хто-небудь із членів вашої родини сезонним робочим чи мігруючим сільськогосподарським робітником? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screener's Initials: _____ Date: _____

15. Мені потрібна телефонна співбесіда, оскільки я: літня людина маю фізичні вади працюю інші проблеми: _____

16. Мені потрібен перекладач. Я розмовляю: _____ мовою або мовою жестів; Я хотів би, щоб адресовані мені листи були написані _____ мовою.

17. Якщо Ви подаєте заяву на отримання продовольчої допомоги, вкажіть, для скількох осіб своєї родини Ви купуєте і готуєте їжу? _____

18. За останні 30 днів я одержав грошову, продовольчу або медичну допомогу з інших державних джерел: Так Ні

19. Мене, або іншу особу, від імені якої я подаю цю заяву, було засуджено за пов'язаний з наркотиками злочин, скоєний після 21.08.96: Так Ні

20. Я, або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, переховується від закону з метою уникнути суду або ув'язнення за скоєння злочину Так Ні

21. Я, або будь-хто з членів моєї родини (позначте потрібне):
 Є вагітною; очікувана дата пологів: _____
 Потребує термінової медичної допомоги Одержав повідомлення про виселення Не має комунальних послуг або опалення
 Страждає від насильства у родині Має фізичні вади (вкажіть, які саме): _____

22. Наступна інформація надається за власним бажанням і не використовується під час визначення прав на отримання пільг.
 Моє етнічне походження має латиноамериканське коріння: Так Ні Я вважаю, що відношусь до слідуоючої раси (позначте потрібне): Європейська
 Афроамериканська Азіатська Корінний мешканець Гавайських або тихоокеанських островів
 Американський індеєць або корінний мешканець Аляски; назва племені: _____ Інше (перелічіть): _____

23. Назвіть усіх членів своєї родини, навіть тих, які не звертаються з заявою на отримання пільг (якщо необхідно – користуйтеся додатковими аркушами).

ПОВНЕ ІМ'Я (ІМ'Я, СЕРЕДНЄ ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ)	СТУПІНЬ СПОРІДНЕННЯ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЗАЯВНИКА	ЧИ ЗВЕРТАЄТЬСЯ ДАНА ОСОБА ПО ПІЛЬГІ? ТАК НІ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ НЕ ЗВЕРТАЮТЬСЯ ПО ПІЛЬГІ, ЦЮ ІНФОРМАЦІЮ НАДАВАТИ НЕОБОВ'ЯЗКОВО			СТАТЬ: ЧОЛ ЖІН
				НАЯВНІСТЬ ГРОМАДЯНСТВА США: ТАК НІ	ЯКЩО ВИ НЕ ГРОМАДЯНИН США, ЧИ Є У ВАС ДОКУМЕНТ, ЯКИЙ ЗАСВІДЧУЄ ВАШ СТАТУС? ТАК НІ	НОМЕР КАРТКИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	
Заявник		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



ПОВНЕ ІМ'Я ЗАЯВНИКА:	НОМЕР КАРТКИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ:	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА:
----------------------	----------------------------------------	---------------------------------

І. Загальна інформація

- Кожна з осіб, від імені яких подається ця заява, мешкає у штаті Вашингтон: Так Ні Якщо "Так", вкажіть, з якого часу: _____
- Я, або хтось із членів моєї родини є іноземцем, що має спонсорську підтримку: Так Ні
- Дехто з членів моєї родини тимчасово мешкає окремо: Так Ні Якщо так, назвіть, хто саме: _____
- Я, або хтось із членів моєї родини є ветераном чи матеріально залежною особою, або дружиною ветерана (живого чи покійного): Так Ні
- Я мешкаю у: Своєму власному будинку або квартирі Сімейному гуртожитку Притулку
 Державному закладі (назвіть тип): _____ Інше: _____
- Я є: Неодружений/Незаміжня Одружений/Заміжня Розлучений/Розлучена Проживаю з чоловіком/жінкою окремо Вдівець/Вдова

ІІ. Інформація про стан здоров'я та наявність медичної страховки

Я або ми (позначте потрібний квадратик):

- Маємо проблеми зі здоров'ям, які не дозволяють нам (мені) працювати Так Ні
- Маємо неоплачені рахунки за медичне обслуговування Так Ні
- Потребуємо допомоги для оплати медичних послуг, отриманих на протязі останніх 3-х (трьох) місяців Так Ні
- Плануємо перебувати, перебуваємо або тільки що залишили медичну установу (таку як лікарня або будинок престарілих) Так Ні
- Маємо медичну страховку (включаючи страховки Tricare і Long-Term Care) Так Ні
- Приймаємо участь у програмі страхування здоров'я літніх людей Medicare (ПРИМІТКА: Це не те ж саме, що талони на медичне обслуговування) Так Ні
- Мали нещасний випадок, який потребує надання медичної допомоги Так Ні

ІІІ. Рівень достатку

Вам не потрібно заповнювати цю графу, якщо Ви звертаєтесь ЛИШЕ по медичну допомогу для дітей або вагітних жінок.

Окрім перелічених нижче, інші приклади джерел надходження коштів включають: готівку, кошти, що знаходяться у розпорядженні інших осіб, контракти продажу-купівлі, худобу, врожаї, а також виробниче обладнання.

- Я, моя дружина/мій чоловік або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, має кошти: Так Ні Якщо так, перелічіть їх нижче:

ДЖЕРЕЛО НАДХОДЖЕННЯ КОШТІВ	ОСОБА, ЯКІЙ НАЛЕЖАТЬ КОШТИ	МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ ДЖЕРЕЛА КОШТІВ (НАПР. ІМ'Я АБО НАЗВА БАНКУ)	СУМА АБО ВАРТІСТЬ	ОСОБА, ЯКІЙ НАЛЕЖАТЬ КОШТИ	МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ ДЖЕРЕЛА КОШТІВ (НАПР. ІМ'Я АБО НАЗВА БАНКУ)	СУМА АБО ВАРТІСТЬ
Банківські рахунки			\$			\$
Заощадження або рахунки у кредитних союзах			\$			\$
Рахунки на кредитних або грошових ринках			\$			\$
Довірча власність або рента			\$			\$
Акції, облигації або взаємні фонди			\$			\$
Пенсійний фонд або індивідуальний пенсійний рахунок (IRA)			\$			\$
Погребальні фонди, плани або ділянки на цвинтарі			\$			\$
Страхування життя			\$			\$
Власність			\$			\$
Інше:			\$			\$
Інше:			\$			\$

- Мною, моєю дружиною/моїм чоловіком або іншою особою, від імені якої я подаю цю заяву, за останні 5 (п'ять) років були продані, обмінені, подаровані або переведені кошти (включаючи вкладення їх у довірчу або довічну власність): Так Ні
Якщо так, то які кошти: _____ Коли: _____
- Я, або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, має наступні транспортні засоби (включаючи вантажні машини, мікроавтобуси, судна та трейлери):

РІК ВИПУСКУ (НАПР. 1980)	ВИРОБНИК (НАПР. FORD)	НАЗВА МОДЕЛІ (НАПР. ESCORT)	ЧИ ЗАРЕЄСТРОВАНІЙ ЦЕЙ ЗАСІБ?	Я/МИ ВИКОРИСТОВУЄМО ЦЕЙ ЗАСІБ ДЛЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.	Я/МИ НА ЦЕЙ ЧАС МАЄМО БОРГ ЗА ЦЕЙ ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ.
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні



IV. Прибутки

1. Я, моя дружина/мій чоловік або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, має прибутки: Так Ні
 НюЯкщо так, то заповніть, будь ласка, цю графу:

ІМ'Я ТА НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ	ЗАГАЛЬНА СУМА ПРИБУТКІВ (СУМА В ДОЛАРАХ ДО ОПОДАТКУВАННЯ) \$ _____ за: <input type="checkbox"/> Годину <input type="checkbox"/> Тиждень <input type="checkbox"/> Два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця Годин на тиждень: _____
Чи є ця робота підприємницькою? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Хто має прибуток:	Дати отримання зарплати (напр. 1-го та 15-го числа щомісяця або кожної п'ятниці): _____
ІМ'Я ТА НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ	ЗАГАЛЬНА СУМА ПРИБУТКІВ (СУМА В ДОЛАРАХ ДО ОПОДАТКУВАННЯ) \$ _____ за: <input type="checkbox"/> Годину <input type="checkbox"/> Тиждень <input type="checkbox"/> Два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця Годин на тиждень: _____
Чи є ця робота підприємницькою? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Хто має прибуток:	Дати отримання зарплати (напр. 1-го та 15-го числа щомісяця або кожної п'ятниці): _____

2. Я, моя дружина/мій чоловік або інша особа, від імені якої я подаю цю заяву, протягом останніх 60 днів залишили роботу. Так Ні

3. ІНШІ ПРИБУТКИ	ХТО ОТРИМУЄ ПРИБУТКИ?	ЗАГАЛЬНА ЩОМІСЯЧНА СУМА	ХТО ОТРИМУЄ ПРИБУТКИ?	ЗАГАЛЬНА ЩОМІСЯЧНА СУМА
Грошова допомога по безробіттю		\$		\$
Соціальне забезпечення		\$		\$
Додаткові гарантовані прибутки (Supplemental Security Income, SSI)		\$		\$
Грошова допомога на дітей або подружні аліменти		\$		\$
Пенсія		\$		\$
Грошова допомога від Управління по справах ветеранів (Veteran's Administration, VA) або військовослужбовців		\$		\$
Робітничо-промислові (Labor and Industries, L&I) або страхові грошові допомоги		\$		\$
Довірча власність або рента		\$		\$
Інше:		\$		\$

V. Щомісячні витрати

ОРЕНДА ЖИТЛА \$	ПОЗИКА НА КУПІВЛЮ ЖИТЛА \$	ОРЕНДА ПРИМІЩЕННЯ \$	СТРАХУВАННЯ ЖИТЛА \$	ПОДАТКИ НА ВЛАСНІСТЬ \$	ОЦІНКА ВЛАСНОСТІ \$
Комунальні послуги (позначте потрібне): <input type="checkbox"/> Електроенергія (крім опалення) <input type="checkbox"/> Телефон					
<input type="checkbox"/> Опалення (газ, електроенергія, паливо) <input type="checkbox"/> Вода, каналізація, утилізація сміття					
Інша особа чи організація допомагає мені оплачувати усі або частину моїх витрат на житло: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					
Якщо так, то хто саме: _____ Які витрати: _____ Сума, яку вони оплачують, \$: _____					
Я/ми оплачуємо або повинні оплачувати (позначте потрібне):					
<input type="checkbox"/> Догляд за дитиною або за непрацездатною людиною	Щомісячна сума, \$			Хто оплачує:	
<input type="checkbox"/> Допомога на дитину	Щомісячна сума, \$			Хто оплачує:	
<input type="checkbox"/> Рахунки за медичне обслуговування	Щомісячна сума, \$			Хто оплачує:	

ДЕКЛАРАЦІЯ ТА ПІДПИС

Я особисто прочитав (або мені було роз'яснено) мої права та обов'язки та отримав примірник документу "Права та обов'язки клієнта, DSHS 14-113(X)". Я повинен доповідати про всі зміни, як цього потребує Департамент. Я повинен документально довести свою придатність щодо отримання пільг. Департамент соціальних послуг та охорони здоров'я (Department of Social & Health Services, DSHS) може надати допомогу в отриманні цих доказів або звернутися по них до інших осіб та організацій. Приймаючи Тимчасову допомогу нужденним родинам (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) або користуючись пільгами на отримання медичної допомоги, я передаю властям штату Вашингтон деякі з своїх прав щодо надання допомоги по догляду за дитиною або медичних послуг. Під загрозою покарання за лжесвідчення я заявляю, що, наскільки мені відомо, представлена мною у цьому бланку заяви інформація є правдивою, точною та повною. Я також усвідомлюю, що мене може бути покарано у випадку незаконного отримання коштів, продовольчої або медичної допомоги, оскільки я навмисно зробив помилкову заяву або приховав будь-яку інформацію, яку мусив доповісти. У випадку звернення з проханням про надання продовольчої допомоги, бланк повинен бути підписаний особисто заявником. Заява з проханням про надання грошової або медичної допомоги повинна бути підписана усіма дорослими членами родини.

ПІДПИС ЗАЯВНИКА	ДАТА	ПІДПИС ІНШОГО ДОРОСЛОГО ЗАЯВНИКА	ДАТА
ПІДПИС ПОМІЧНИКА АБО ПРЕДСТАВНИКА	ДАТА	ПІДПИС СВІДКА, ЯКЩО ДОКУМЕНТ ПІДПИСУЄТЬСЯ ПОЗНАЧКОЮ "X"	ДАТА

